FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE N° 146

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Édouard BENECH

Né à Rouffiac (Cantal), le 26 août 1886
Ancien interne de l'Hôpital de Saint-Quentin

TRAITEMENT

DES

INFECTIONS ABORTIVES

Président : LEGUEU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1913

146

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Édouard BENECH

Né à Rouffiac (Cantal), le 26 août 1886
Ancien interne de l'Hôpital de Saint-Quentin

TRAITEMENT

DES

INFECTIONS ABORTIVES

Président : LEGUEU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Chevalier de la Légion d'honneur

Remerciements pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse.

TRAITEMENT

DES

INFECTIONS ABORTIVES

INTRODUCTION

L'infection constitue une complication fréquente et grave de l'avortement. C'est cette manière de voir que développait notre maître, M. Paul Delbet, au Congrès de l'avancement des Sciences de Montauban, faisant ressortir le nombre élevé des accidents infectieux qu'il avait enregistrés quand il était chef de clinique chirurgicale dans le service de M. Le Dentu, montrant la réserve que comportait leur pronostic soit immédiat — quelques malades en meurent — soit éloigné : si l'on suit les survivantes, on s'aperçoit que beaucoup, de par les lésions chroniques engendréess, sont vouées à des infirmités, sont rendues stériles. Donc il est bon, en pareille éventualité, d'avoir une ligne de conduite tracée, car s'il répugne à un médecin d'intervenir dans le dénouement d'un

drame dont le prologue s'est joué souvent dans l'officine de quelque chevalier de l'avortement, il ne peut pourtant pas refuser ses soins à une malheureuse victime qui fait appel aux secours de son art. C'est précisément le sujet de notre thèse inspirée par M. Paul Delbet, auquel nous exprimons ici notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a maintes fois témoigné. Nous tenons également à remercier M. le Dr Le Pileur, pour l'amabilité de ses conseils que nous avons mis à profit.

CARACTÈRES PROPRES A L'AVORTEMENT

Il convient de distinguer deux variétés d'avortements : *les avortements spontanés et les avortements provoqués*, car ils diffèrent non seulement par leur cause, mais surtout par leur pronostic et partant leur traitement.

Les premiers ressortissent à des *maladies générales* parmi lesquelles la syphilis, la bacillose, l'albuminurie, pour ne citer que les plus fréquentes, à des *lésions locales* soit maternelles (malformations utérines, endométrites), soit ovulaires (dégénérescence des villosités choriales, hydramnios, insertion vicieuse et altérations diverses du placenta), soit fœtales (toutes les affections susceptibles d'entraîner la mort du fœtus). Or, si nous faisons remarquer que les maladies générales agissent par infection et intoxication, provoquant des troubles de nutrition du côté de l'œuf et du fœtus (nous en avons des exemples dans le placenta type albuminurique, type syphilitique), nous pouvons ramener toutes les causes à des *lésions locales* qui sont aussi le point de départ de nombreuses complications : rupture pré-

maturée, rétention pour les membranes épaissies ; décollements partiels, hémorragies pour le placenta dégénéré, rétention pour l'utérus malformé, macération pour le fœtus mort.

Mais il est un autre danger à signaler, bien que relevant de conditions physiologiques. Sur 530 avortements, Brion ne relève que 48 avortements en un temps, les avortements en deux temps prédominent d'une façon manifeste. Or, si nous nous reportons aux chiffres empruntés à Lacassagne :

	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois
Poids du placenta...	18 gr.	36 gr.	80 gr.	178 gr.
Poids du fœtus.....	5 gr.	11 gr.	57 gr.	284 gr.

nous pouvons prévoir ce qui doit arriver. Cette disproportion des poids dans les quatre premiers mois nous explique, *a priori*, que là où passe le fœtus ne passera pas le placenta ; d'autre part, l'arrière-faix est trop peu résistant pour offrir un point d'appui suffisant aux contractions utérines, et il ne présente pas assez de consistance pour parachever la dilatation ; le processus restera donc stationnaire, la délivrance n'aura pas lieu ; souvent il y aura régression et, comme nous le verrons plus tard, c'est « le loup enfermé dans la bergerie ». Aussi bien répéterons-nous ce que disait Guéniot : « Dans l'avortement l'expulsion du fœtus n'est rien, l'expulsion du délivre est tout. »

Il semblerait, tout d'abord, que l'avortement provoqué dût être plus bénin dans ses manifestations,

parce qu'il ne serait pas la résultante de causes morbides. Ici, nous avons affaire à un œuf sain dans un organisme sain, donc, tout pour le mieux. En réalité, un pareil raisonnement serait des plus spécieux.

De l'avortement criminel, nous possédons une étude très documentée dans les leçons magistrales professées par Brouardel. D'une part, si l'on omet les substances considérées faussement comme abortives, car à cet égard leur réputation surfaite n'est due qu'à l'emploi d'une dose telle qu'elles agissent moins par leur propriété spécifique que par leur toxicité, à la manière des poisons ordinaires ; d'autre part, si nous écartons les chutes ou les coups volontaires dont l'efficacité est douteuse — l'irritabilité de chaque utérus étant si variable que l'un avorte au moindre cahot, que l'autre, au contraire, d'une tolérance inouïe, supporte les chocs les plus violents — il nous reste le groupe le plus important des procédés par manœuvres directes, qui peuvent être rangés en trois catégories : 1° ceux qui ont pour but l'excitation de l'utérus (sondes à demeure) ; 2° la ponction de l'œuf (aiguille) ; 3° le décollement de l'œuf (injection intra-utérine), ces mécanismes pouvant d'ailleurs se combiner.

Oui, mais si le but visé est le plus souvent atteint, c'est souvent au prix du décollement placentaire qui, lui, n'est pas recherché ; dans ces cas, le résultat ne se fait pas longtemps attendre : l'hémorragie soudaine, hémorragie modérée si la tentative a été

timide et le placenta peu atteint, abondante si la main trop brutale a fortement compromis les attaches placentaires ou bien ouvert un sinus utérin.

De plus, l'hémorragie est ici plus sérieuse parce que précisément les tissus sont sains. Si dans l'avortement spontané la circulation placentaire est le plus souvent compromise, en raison des dégénérescence sou de la mort fœtale, à tel point que dans certaines circonstances la délivrance se fait sans écoulement sanguin, l'arrière-faix n'est pas ici une matière quasiment inerte, et sa vitalité conditionne l'intensité de l'hémorragie.

Pour la même raison, les villosités choriales plus vivaces fournissent des crampons plus solides et la rétention placentaire, loin d'être l'apanage des avortements spontanés, apporte plus souvent dans ces cas son tribut de méfaits, d'autant plus qu'il résulte, d'après l'ensemble des observations et de la statistique de Tardieu par exemple, que les avortements provoqués ont lieu dans les quatre premiers mois de la grossesse, précisément à l'époque où la disproportion entre le fœtus et le placenta, comme nous l'avons vu précédemment, prédispose le plus à la rétention.

Mais ce qui fait la gravité de ces manœuvres et de la rétention, et qui imprime un caractère particulier à l'avortement criminel, ce sont les conditions dans lesquelles elles s'exercent, c'est la défectuosité de l'instrumentation employée.

Que voyons-nous, en effet, le plus souvent ? C'est une pauvre créature dont la mentalité frise l'aliénation, obsédée qu'elle est par sa grossesse qui gêne, qui déshonore... Pour échapper à cette hantise qui la poursuit sans répit, elle est prête à commettre les pires folies. Elle va donc se frapper jusqu'à se meurtrir : rien. Elle passe aux breuvages dont on lui a vanté les vertus, elle en est quitte pour quelques nausées et quelques coliques : encore rien. Pourtant le temps passe, pourtant il faut en finir, et elle finit par les grands moyens : une canule, une épingle, tel est l'attirail de fortune aussi peu obstétrical que possible qui va servir à la malheureuse. La tige s'égare sur le périmée, arrive à franchir l'orifice vulvaire et conduite à l'aveuglette, se fourvoye dans les replis vaginaux... Le cul-de-sac est-il miraculeusement épargné ? Après de multiples tâtonnements le cervix utérin a-t-il pu enfin être repéré ? Impatiente, elle pousse avec vigueur l'instrument qui manque souvent son but, mais rarement la paroi utérine.

L'instrumentation peut être plus perfectionnée ; c'est alors la matrone qui intervient, armée d'un hystéromètre, l'unique hystéromètre qui sert à tout le monde, célé sur une planche d'armoire. Il est nécessaire de se créer un alibi, de se disculper, il faut donc agir avec promptitude et simulation. La patiente est debout, couchée par terre ou assise sur une chaise, mais non en position gynécologique. L'habitude supplée au spéculum trop compromettant et, délibérément, sur l'indication d'un doigt

expérimenté, mais non lavé, l'habile praticienne enfonce l'instrument dans la cavité utérine.

Caractères : traumatismes, perforations, septicité.

En résumé, nous retiendrons de l'avortement spontané la rupture prématurée des membranes, la mort du fœtus, l'hémorragie et surtout la rétention. De l'avortement criminel, concurremment avec ces mêmes caractères, les traumatismes, les perforations, la septicité.

POURQUOI L'INFECTION

Germes pathogènes et milieu favorable, tels son les deux termes essentiels de l'infection. Or, le tractus vulvo-vaginal et le cervix utérin hébergent à l'état normal une flore microbienne très variée, ainsi qu'il résulte des travaux de Du Bouchet, Menge, Hallé, Bensis, relatifs à la bactériologie de l'appareil général de la femme. Sur 70 examens de vulves normales, Menge a trouvé trois fois le streptocoque pyogène, deux fois le staphylocoque doré, une fois le B. coli, soixante-cinq fois des saprophytes divers. Le vagin renferme également des aérobies, mais en nombre plus restreint, et des anaérobies tels que le bacillus perfringens, micrococcus fœtidus que Jeannin a trouvé dans les infections putrides. A l'état pathologique on y décèle le gonococcus de Neisser que Menge a mis en évidence, outre le staphylocoque, le streptocoque et le B. coli dans 12 examens de vaginite granuleuse. Les glandes de Bartholin sont également le réceptacle de microbes aéro-anaérobies qui, dans certaines conditions, peuvent exalter leur virulence et provoquer abcès, suppuration et gan-

grène. Sauf les cas d'endométrite où l'on découvre le gonocoque, les auteurs sont d'accord sur l'absence des germes de l'utérus à partir de l'orifice externe du col ; les divers milieux ensemencés soit avec le raclage de la muqueuse, soit avec les sécrétions sont demeurés stériles. Telle est l'étendue de la zone bactérifère qui commence à la vulve et finit à l'orifice utérin, zone dangereuse dans la puerpéralité.

Car si durant la gestation il est opposé un bouchon muqueux qui obstrue le canal cervical — les auteurs précités sont unanimes à constater que la partie superficielle seulement contient des germes — sans compter les membranes qui jouent le rôle de couvercle protecteur, rien de semblable ne défend l'accès des germes lorsque le travail a expulsé les glaires, rompu les membranes et chassé les eaux. L'assertion commune en clinique qu'un œuf ouvert est voué à l'infection, est en faveur de la démonstration du rôle bienfaisant de ces éléments de défense.

Il est vrai que les détracteurs de l'auto-infection ont soutenu que ces hôtes habituels des genitalia étaient incapables de la moindre action offensive, s'appuyant sur le rôle bactéricide du mucus vaginal, cervical, et sur l'innocuité des expériences faites sur les animaux. Mais il est vrai aussi que les conclusions de l'homme à l'animal sont très contestables. Des formes très virulentes pour l'homme peuvent ne pas l'être pour les animaux et inversement : l'exemple de la sensibilité du lapin au streptocoque et de la très grande résistance des oiseaux est frappant à cet

égard. D'autre part, ces microbes non malfaisants à l'état normal ne peuvent-ils, dans certaines conditions de nature à exalter leur novicité, passer de simples saprophytes au rang de vrais pathogènes ? Telle est la question qui se pose.

Achalme, qui dans son traité a étudié la biologie du streptocoque, insiste sur le peu de fixité que présente sa virulence subordonnée à la qualité de la semence et à la réceptivité du sujet expérimenté ; ayant pris le lapin comme animal de choix, il a pu suivre toute la gamme des accidents produits par le micro-organisme, depuis la simple rougeur sous-cutanée jusqu'à la septicémie foudroyante, tout en passant par les étapes intermédiaires (abcès sous-cutanés et l'érysipèle). Or, quelle est la condition de cette variabilité de propriété ? D'abord l'influence des milieux de culture : par repiquage par exemple sur sérums, on atténue la virulence, de même qu'avec les agents physiques tels que la chaleur, ou chimiques tels que les antiseptiques, l'oxygène. On peut relever sa virulence par passage successif sur animaux, et par addition d'un microbe anaérobie ou même du bouillon de culture de ce microbe ; c'est ainsi que la putréfaction est une des causes les plus puissantes de la marche ascendante du streptocoque dans l'échelle de la virulence. Il fait l'expérience de l'adjonction des produits de la putréfaction à un streptocoque atténué qui devient pathogène. Nous retiendrons surtout l'influence de ce facteur, la « symbiose », qui est la clef de la pathogénie de l'infection en général, et de

l'infection puerpérale en particulier. Ainsi, voilà un streptocoque qui est incapable de produire la putréfaction ; même à l'abri de l'air ses cultures restent complètement inodores ; il est incapable de nuire à lui tout seul, il est atténué, c'est donc un vulgaire saprophyte. Qu'on l'associe avec quelques germes de la putréfaction et le voilà susceptible de produire une véritable septicémie qui est bien son œuvre, puisqu'il se trouve à l'état de pureté à l'intérieur de l'organisme.

La portée de ces conclusions dépasse le cadre de la biologie du streptocoque ; on ne peut étendre ces données à beaucoup de processus infectieux. C'est en s'inspirant de ces idées que Guillemot, expérimentant sur la gangrène pulmonaire, put démontrer que chacun des microbes qu'il employait séparément était d'une virulence atténuée, sinon nulle ; inoculés en même temps, tous les animaux présentèrent des phénomènes infectieux graves, toutes les espèces anaérobies renforçant sa propre virulence en s'associant à d'autres espèces aérobies ou anaérobies.

Or, l'avortement offre-t-il les éléments capables d'exalter la virulence de cette flore génitale ? Oui, ce sont les conditions nouvelles créées d'un côté par la gestation et le puerpérium, et de l'autre par les caractères spéciaux abortifs déjà mis en relief, dont nous allons montrer l'influence.

L'état de gestation semble être favorable au développement des microbes pathogènes. Fruhinholtz a montré l'influence de la grossesse sur le diplocoque de

Neisser. Effectivement, certains gonocoques passent inaperçus à l'état ordinaire, qui déterminent chez la femme enceinte des pertes blanches. D'autre part, dans les jours qui suivent l'accouchement, on découvre dans les lochies qu'on examine au microscope un si grand nombre de microbes, qu'on croirait presque avoir affaire à une culture pure. Steinbüchel (1) rapporte l'observation de 3 femmes enceintes chez lesquelles l'examen bactériologique des sécrétions vaginales, cervicales et urétrales avait été négatif avant l'accouchement, et où cependant des gonocoques sont apparus dans les lochies aux septième et dixième jour des couches, sans qu'aucune infection soit incriminée. D'ailleurs, il est avéré que la grossesse réchauffe les lésions endormies, telles ces oophorosalpingites qui subissent une recrudescence, et si l'on sort du cadre génital, toutes les infections plus ou moins latentes, les appendicites par exemple, sont sujettes à une aggravation. Fehling, Fritchs, Saenger (2) avaient émis l'opinion que la réceptivité des muqueuses à l'époque de la gestation serait liée à la délicatesse des tissus, qui reconnaîtrait pour cause une imbibition des tissus et un agrandissement des espaces intercellulaires résultant de l'hyperhémie épithéliale. Pour la même raison, la congestion active cataméniale exposerait à des recrudescences, grâce auxquelles une femme non

---

1. et 2. Steinbüchel, Fehling, Fritchs, Saenger, cités *in* Thèse Fruhinholtz.

contagieuse normalement pour l'urètre masculin, peut le devenir lors du flux menstruel.

Le Puerperium est l'équivalent d'une diminution du coefficient de résistance. Le travail et l'expulsion avec les douleurs et les hémorragies déterminent chez la parturiente un certain shock. Il est à noter aussi que la femme porte sur elle une vaste plaie, l'area placentaire, où s'ouvrent béants les sinus utérins, les vaisseaux lymphatiques, véritables bouches d'absorption pour les sécrétions toxiques, autant de lacunes qui abriteront complaisamment les hôtes pathogènes.

L'état de dépression résultant de cette phase de surexcitation prolongée qui a précédé, quelquefois très accusé en dehors de toute autre complication, affaiblit notablement les réactions utiles de l'organisme.

Les hémorragies souvent abondantes, consécutives soit aux délabrements, soit à la rétention, outre qu'elles sont symptomatiques d'un danger sérieux, constituent par elles-mêmes un fort appoint dans la perturbation de tous les appareils.

Les divers émonctoires dont le rôle est si bienfaisant peuvent être lésés également. Il ne faut pas oublier, en effet, que si les reins n'ont pas été atteints par une maladie générale cause de l'avortement, les drogues absorbées, le sublimé injecté, vont provoquer une néphrite aiguë qui, aggravée de la déshydratation des tissus, va priver la malade d'une arme pour la défense.

L'intégrité des tissus est d'une importance primordiale dans la lutte contre l'infection. La muqueuse génitale oppose une barrière naturelle de cellules à la pénétration des germes et sécrète un enduit protecteur pour se garantir de leurs atteintes. Voilà pourquoi de simples érosions, les traumatismes, les plaies, les décollements placentaires, tout ce qui est capable de rompre la continuité de l'épithélium, d'adultérer la vitalité de son protoplasme, rompt l'équilibre en faveur de l'élément pathogène, favorise la pullulation, l'intrusion des microbes et la dissémination de leurs toxines.

La rétention domine la pathogénie de l'infection. D'abord, elle est souvent liée à certaines des causes morbides énumérées plus haut dans l'étiologie des avortements, qui agissent pour leur propre compte.

Si c'est une rétroversion utérine par exemple qui est en jeu, nous aurons un vase clos où viendront s'accumuler des caillots et des déchets épithéliaux, éminemment favorable à l'exaltation des micro-organismes emprisonnés, comme l'a montré Dieulafoy dans le domaine de l'appendicite. Ensuite, si le placenta est adhérent, il peut engendrer des hémorragies lors des décollements partiels ou lors du décollement total, d'autant plus sérieuses que l'involution de l'utérus ne se fait pas à cause de cette masse qui occupe la cavité; la béance du col qui résulte de ce défaut de régression est une porte grande ouverte, dont il y a lieu de tenir compte. Le placenta est-il décollé ? C'est

ici que doit être résolue la question du placenta, bon milieu de culture.

Vicarelli, professeur à l'Université de Turin, fut le premier qui, publiant les résultats comparatifs de ses recherches au sujet du développement d'un grand nombre de micro-organismes sur gélose et gélatine d'une part, sur gélose et gélatine placentaires d'autre part, essaya de démontrer que le placenta était un excellent milieu de culture. Mais comme la méthode n'était pas irréfutable, les milieux artificiels tels que gélose, gélatine placentaires ne pouvant être assimilés à du placenta, M. P. Guéniot reprit ces expériences avec du placenta seulement. Le placenta recueilli sans précautions, abandonné à lui-même, donnait des cultures de moisissures et de microbes divers ; d'autre part, sur le placenta qu'il avait recueilli avec une technique si minutieuse, qu'elle est à l'abri de toute critique, par conséquent indemne de tous germes, il obtenait des cultures pures et abondantes de bacille pyocyanique, staphylocoque doré, bactéridie charbonneuse, bacille diphtérique, colibacille, se montrait réservé avec le gonocoque, et mettait en opposition le développement nul du streptocoque avec la croissance vigoureuse du colibacille et du staphylocoque. Thiercelin, inspiré par ces travaux, étudia à son tour le développement de l'entérocoque sur placenta humain. Sur trois fragments livrés à eux-mêmes, il décela la présence de l'entérocoque ; sur cinq fragments stériles ensemencés avec de l'entérocoque, il obtint une culture abondante.

Donc, toutes les conditions sont réunies pour faire un bon lit aux germes infectieux ; l'action offensive de ces micro-erganismes se trouve renforcée : tel est le grand fait qui en découle. Mais, en outre, un autre résultat se trouve réalisé, qui dépend de facteurs purement microbiens ; deux cas se présentent : ou bien nous avons affaire à un avortement spontané, ou bien à des manœuvres internes préalables.

Première Hypothèse

La loi biologique de la symbiose nous permet de prévoir qu'un streptocoque, bien que cultivant mal sur placenta, sera néanmoins virulent parce qu'il sera exalté par l'association de colibacilles qui auront trouvé, eux, un milieu de choix. C'est bien ce qui nous est confirmé dans l'observation IV : le raclage utérin balayant les détritus placentaires fourmillant de colibacilles, prive le streptocoque infiltré plus profondément dans la muqueuse d'auxiliaires puissants, et détermine une sédation rapide de la fièvre. Le même raisonnement serait valable pour les autres micro-organismes.

Et c'est bien ce polymicrobisme que mettait en vedette Jeannin dans son important travail sur les infections puerpérales putrides. Sur dix-huit examens de lochies, il constata une fois une espèce microbienne : 1 fois 2, 1 fois 3, 7 fois 11, 4 fois 5, 1 fois 6, 2 fois 7, une fois onze espèces microbiennes, toutes ces espèces, d'ailleurs,

étant identiques aux représentants de la flore génitale. De même Mouchotte, sur 47 observations, signale 44 infections polymicrobiennes.

A la suite des travaux de Doléris, Widal, Arloing, Chauveau, qui ont servi de base à l'opinion médicale, la conception régnante était que l'infection puerpérale se trouvait conditionnée par le streptocoque, on identifiait la fièvre puerpérale avec la streptococcie. Or, de nouvelles recherches bactériologiques ont montré l'inexactitude de cette assertion commune. En 1894, Petruschky (1), sur 14 examens de sang d'infectées, trouve huit fois le streptocoque et une fois le staphylocoque. En 1901, Arthur Von Magnus cite 12 cas de pyémie staphylococcique ; Otto Burckhardt 1 cas de pyémie puerpérale à pneumocoques. En 1904, Widal et Lemierre, une colibacillose puerpérale. En 1905 Schwetz, une pyémie staphylococcique. En 1908, Marquis publie 3 cas de septicémie puerpérale staphylococcique, une colibacillose avec streptococcie, une colibacillose avec bacillose pseudo-tétanique, une colibacillose pure. Thiercelin (2) dans 3 cas d'infection puerpérale, a trouvé l'entérocoque dans les débris placentaires et le sang. En 1909, Sachs (3), sur 39 cas mortels d'infections puerpérales trouve vingt-deux fois le streptocoque et sept fois le staphylocoque. En 1910, M. Cathala (4) ayant étudié le sang de 34 infectées puerpérales, décela après 54 ensemencements, sept fois le streptocoque,

---

1, 2, 3, 4. Cités par MM. Cathala et Guéniot.

trois fois le staphylocoque, deux fois le tétragène, une fois le colibacille, une fois le tétragène associé au colibacille et au staphylocoque

Draghiescu a publié une observation dans laquelle il rapporte avoir décelé le gonocoque dans les sécrétions du fond de l'utérus et dans un abcès cellulaire pré-trochantérien. M. Bar a signalé des cas d'arthrite à gonocoque dans l'infection puerpérale. Harris et Dabney ont observé une septicémie puerpérale mortelle. Ils ont trouvé dans les lochies et dans les végétations valvulaires où se trouvait également du streptocoque, le diplocoque de Neisser dûment caractérisé par les réactions de coloration et de culture.

Plus récemment, à la suite des travaux de Schottmüller, qui décrivit trois formes de streptocoques, les auteurs allemands, Fabre de Lyon et ses élèves en France, considèrent seuls le streptocoque hémolytique caractérisé par une auréole claire de résorption dont s'entourent les petites colonies sur Blutagar (5 cmc. d'agar + 2 cmc. de sang défibriné) comme agent spécifique des septicémies puerpérales graves, mortelles. Or, parmi les auteurs cités précédemment il en est qui ont trouvé le staphylocoque par exemple, le colibacille dans des infections mortelles. Beitzke (1), O. Rosenthal (2) ont pu trouver des streptocoques non hémolytiques dans les septicémies puerpérales mortelles, et inversement le streptocoque hémolytique chez des femmes normales. D'autre part, Zangemeister (3) a démontré que certains streptocoques

1, 2, 3. Cités par Metzger.

non hémolytiques peuvent le devenir si on les laisse séjourner dans les sécrétions vaginales mêlées à une solution salée.

Bref, au fur et à mesure que se perfectionnent les méthodes de laboratoire, telle que l'hémoculture, on nous révèle l'existence de ces staphylococcies, colibacilloses, gonococcies et autres infections insoupçonnées ou du moins réputées rares jusqu'ici.

Tel est le mécanisme biologique, grâce auquel la diversité des bactéries génitales qui transforment leur propriété peut engendrer la diversité des bactériémies. Est-ce à dire que ces infections soient l'aboutissant fatal de tout processus abortif spontané? Heureusement non, car ainsi qu'en témoigne l'observation III, les germes peuvent être installés dans la place, attendant pour l'attaque des conditions favorables, sans qu'il apparaisse le moindre symptôme alarmant, ce dont nous nous inspirerons pour l'institution d'un traitement, et d'un *traitement précoce*.

Deuxième Hypothèse

Point n'est besoin d'invoquer ici la spontanéité morbide : que ce soient en effet la canule neuve mais souillée des poussières de l'étalage ou l'hystéromètre stérilisé, mais pollué des colibacilles vivaces du périnée ; que ce soient les mains malpropres du sujet ou les doigts infectés de l'avorteuse, *les germes*

importés ont ici leur maximum de virulence, et les blessures faites au cours de l'intervention seront autant *d'inoculations septiques:* la symbiose pourra d'ailleurs parfaire l'œuvre bien commencée.

L'infection est donc installée avant même que se déclarent les symptômes de l'avortement. Ces foyers morbides promettent de s'étendre à la façon de l'auto-infection, si l'on ne tâche de les circonscrire. Là encore la pathogénie nous dicte une *thérapeutique aussi précoce qu'énergique.*

FORMES CLINIQUES

DES INFECTIONS ABORTIVES

1° A la suite d'un avortement, une femme est prise de frissons, la température monte à 38°5, 39, 40 degrés, le pouls est rapide, oscille autour de 110-120; l'état général est plus ou moins touché, la malade se plaint de céphalée, les urines sont moins abondantes. Du côté génital les lochies peuvent être rares, inodores s'il s'agit purement de streptocoques, fétides s'il y a des colibacilles, jaunâtres si l'on a affaire à des gonocoques. La pression détermine une douleur au niveau du globe utérin, le toucher révèle une perméabilité anormale du col, l'exploration digitale découvre l'existence de débris ovulaires, l'hypertrophie de la caduque. Quelquefois tout se borne à de la fétidité des lochies.

2° Le pouls au-dessus de 120 peut atteindre 140, 150 et plus ; il est mou, dépressible, ondulant, les yeux se cernent, les joues s'excavent, la langue reste humide, les téguments se marbrent de plaques noirâtres; aucune douleur locale, absence de lochies, le délire apparaît, fait place à une prostration pro-

fonde ; l'aggravation rapide des symptômes aboutit à une issue fatale.

Telles sont les deux formes extrêmes de l'infection puerpérale abortive : *l'endométrite*, stade initial du processus microbien cantonné à la muqueuse nécrosée, mais renforcée par l'arrière-garde des cellules rondes et des leucocytes qui constituent la zone de défense, la *septicémie*, terme ultime de l'infection qui s'est généralisée et qui a élu son domicile au sein « du milieu intérieur », entre lesquelles s'interposent des formes intermédiaires.

3° Quand les germes pathogènes ont forcé la barrière granuleuse, envahi les espaces lymphatiques, les sinus veineux, déterminant des thrombus septiques, frappant de dégénérescence les fibres musculaires, les symptômes au lieu de s'amender, au bout d'une semaine par exemple, persistent, s'accentuent, les lochies sont abondantes, le volume exagéré de la matrice, la béance prononcée de l'orifice cervical indiquent que la régression ne se fait pas : la douleur à la pression est nette sur les bords latéraux de l'utérus. Des frissons répétés témoignent des décharges de microbes dans l'organisme.

Nous nous trouvons en présence d'une *métrite parenchymateuse* à laquelle il convient de rattacher :

a) L'*abcès de l'utérus* simple ou multiple consécutif à la phlébite des sinus, qui, nié par Delbet, défendu par Picqué, critiqué par Tissier, ne possède point jusqu'ici de signe pathognomonique.

b) La *gangrène de l'utérus* ou métrite dissé-

quante, bien décrite par Beckmann, qui résulte soit d'une nécrobiose consécutive à l'oblitération vasculaire produite par des embolies, soit d'un sphacèle commençant par la muqueuse et gagnant en profondeur, peut se révéler à nous par la présence de lambeaux de l'utérus qui, s'éliminant par les lochies, dégagent une odeur fétide.

4° Débordant la sphère génitale, l'infection soit par voie de continuité, soit par voie lymphatique, pourra déterminer un œdème inflammatoire péri-utérin, une salpingo-ovarite, un abcès pelvien, un phlegmon du ligament large, diverses lésions groupées par M. le professeur Pozzi sous le nom de *périmétro salpingite*, dont la symptomatologie dépasse le cadre de notre sujet.

5° Primitive ou secondaire à l'extension du processus infectieux, la *péritonite aiguë généralisée*, variable au point de vue anatomo-pathologique (dans les replis de la séreuse dépolie tantôt libres, tantôt agglutinés par des adhérences, se trouve un épanchement tantôt louche, gelée de coings, en petite quantité, tantôt franchement purulent et pouvant atteindre plusieurs litres), se révèle cliniquement aussi variable, tantôt bruyante quand les lésions sont nettes, isolées, tantôt insidieuse lorsqu'elle est noyée dans le complexus speticémique.

Le plus souvent, à des frissons répétés ne tardent pas à succéder une douleur à début épigastrique ou hypogastrique, se généralisant à tout l'abdomen et rendant la palpation difficile, des vomissements

d'abord alimentaires et muqueux, puis bilieux et porracés, du tympanisme avec constipation et respiration costale dyspnéique. La langue est rouge et lisse, la température élevée, le pouls très rapide.

Si les symptômes s'aggravent, ils prennent alors le caractère cholériforme : oligurie, diarrhée profuse, pouls misérable et rapide, tandis que la température tombe brusquement au-dessous de la normale, le teint se plombe, le facies se grippe, les extrémités deviennent algides, le sensorium s'affaiblit et la malade prostrée meurt dans le coma.

6° A un degré plus élevé, la *pyohémie*, résultant de la désagrégation des caillots bouchant les sinus, qui vont s'emboliser dans les divers territoires de l'organisme.

Empruntant une partie de sa symptomatologie à la septicémie dont elle est une forme atténuée, localisée, elle se caractérise : 1° par des poussées successives ; on assiste pendant cinq ou six semaines à des alternatives d'ascension thermométrique et de rémission fébrile ; 2° par des métastases produisant les lésions les plus diverses, dont les plus fréquentes sont l'obstruction de l'artère pulmonaire déterminant une asphyxie foudroyante, plus souvent de petits foyers d'apoplexie consécutifs à de petites embolies, l'endocardite végétante. L'état général finit par s'altérer, prenant quelquefois l'allure typhique ; la langue se sèche, il apparaît de la diarrhée, de l'hypertrophie de la rate et du foie, du subictère, de l'albuminurie.

Mais ces divisions cliniques sont forcément schématiques, comme d'ailleurs les divisions anatomo-pathologiques dont elles sont l'expression. De même qu'il n'y a point de limite nette entre les lésions d endométrite et de métrite parenchymateuse, de même il n'y a point de ligne de démarcation franche entre les symptômes qui les traduisent. A cet engrènement des lésions qui se déterminent, s'influencent réciproquement, qui peuvent coexister ou non, correspond un enchevêtrement de symptômes parmi lesquels les uns prédominants peuvent s'élever au premier plan, cependant que les autres plus effacés dans le fracas du drame se trouvent relégués dans l'ombre de la scène.

C'est au flair exercé et au tact habile du clinicien rompu au jeu de l'analyse et de la synthèse qu'est dévolu le soin de démêler tous ces symptômes imbriqués, d'assembler les divers éléments épars pour en constituer un faisceau de certitude. D'ailleurs, il ne faut point en pareille matière faire montre d'un rigorisme mathématique, et dans bien des cas le médecin, dans l'impuissance de ses ressources, devra faire appel à l'exploration chirurgicale qui permettra de se rendre compte et de traiter.

I. — TRAITEMENT PRÉVENTIF

OBSERVATION I

(*In* thèse Jeannin.)

Femme L..., quarante et un ans. III-pare, entre à la Charité le 20 mai, ayant fait trois jours auparavant chez elle le premier temps d'un avortement de quatre à cinq mois environ ; depuis elle perd du sang. A son entrée extraction du placenta *non fétide* et la cavité utérine est écouvillonnée. Pendant les jours suivants la température reste normale ; les lochies s'écoulent en quantité moyenne et sans fétidité, et la femme quitte la maternité le dixième jour en très bon état.

Examen bactériologique. — Du liquide recueilli au moment de pratiquer la délivrance.

Examen immédiat : Cocci en groupements divers.

Quelques rares bâtonnets.

Ensemencement aérobie et anaérobie. — Troisième jour apparaît sur agar colonies de *B. coli* qu'on retrouve aussi sur le bouillon devenu fétide.

OBSERVATION II

(*In* thèse Jeannin.)

Femme C..., trente-huit ans, VIII-pare, entre à la Charité le 30 mars, ayant fait en ville avortement de deux mois environ; elle n'est pas délivrée, fœtus pèse 20 grammes. Pas de température, elle perd un peu de sang. Le lendemain même chose. Le troisième jour le placenta étant dans l'utérus, curage digital, écouvillonnage. Les jours suivants pas d'accidents infectieux et la malade sortit le quatorzième jour.

Examen bactériologique. — Du liquide recueilli au fond de l'utérus avant le curage.

Examen immédiat : Streptocoques, quelques bâtonnets.

Ensemencement aérobie et anaérobie. — Lendemain B. coli, streptocoques, gros bacille encapsulé.

Sur agar surface : B. coli, staphylocoques.

OBSERVATION III

(*In* thèse Jeannin.)

III-pare, vingt-quatre ans, entre à la Charité le 28 avril. Hémorragie abondante à la suite d'un avortement de quatre mois dans la journée; enfant vit quarante-cinq minutes, placenta pèse 220 grammes. Délivrance incomplète.

Lendemain pas de température, pas de fétidité des lochies.

Curage digital ramène de nombreux débris ovulaires. Écouvillonnage.

Pendant les jours suivants température reste à 37 degrés. Lochies normales. Involution utérine se fait régulièrement.

Dixième jour, femme sort bien portante.

Examen bactériologique. — Du liquide recueilli au fond de l'utérus le lendemain de l'avortement avant le curage.

Examen direct :

Staphylocoques.
Cocci isolés et en diplocoques.
Streptocoques en très courtes chaînettes.

Ensemencement aérobie et anaérobie. — Deuxième jour bouillon fétide se recouvrant de couenne, Staphylocoques blancs et dorés. Streptocoques rares. B. coli.

Dans ces trois interventions, l'on peut dire que l'hémorragie a été providentielle pour les malades, puisqu'elle a déterminé le médecin à débarrasser de son délivre l'utérus qui, sans cette complication, eût été sans doute respecté, bien qu'il fût en puissance d'infection, comme le démontre le résultat de l'examen bactériologique ; ces trois interventions précoces, couronnées logiquement de succès, plaident en faveur du traitement prophylactique de l'infection, celui que préconisait notre maître Doléris en 1886 à la Société Gynécologique, où la question à l'ordre du jour était ce qu'il fallait faire pour prévenir l'hémorragie et la septicémie dans l'avortement. « Rien, déclarait Pajot, l'intervention dans

l'avortement ça n'est pas une affaire d'horlogerie, ce n'est pas au bout de un, deux, trois jours, ou plus tard qu'il faut extraire le placenta ; l'extraction est subordonnée à une indication légitime et non au temps. C'est le nez de l'accoucheur qui est le juge de la situation.

» *Quand la putréfaction est évidente*, il faut agir et vider l'utérus. Ne rien faire sans nécessité. »

Alors que Doléris répondait par une profession de foi qui, à l'époque, ne manquait pas de hardiesse : « Pour moi, j'ai adopté depuis le premier jour la doctrine de l'infection et de l'antisepsie avec toutes ses conséquences, et je n'ai pas été déçu; ce que d'autres appellent de la témérité, je l'appelle simplement de la logique, et je n'accepte pas des objections fondées sur l'ancienne pratique. Partant de cette conviction, je trouve que l'on est par trop timide dans la question de l'avortement et de son traitement logique. Pour moi, je n'ai qu'une crainte très limitée de l'état puerpéral, et je pense qu'en ce qui touche la rétention du placenta, il faut apprécier, mesurer le danger et le supprimer comme s'il s'agissait de l'état de non gravidité. Le placenta est-il décidément retenu dans l'utérus, je dis qu'il ne faut pas attendre la putréfaction, qu'il ne faut pas se guider sur l'odeur qui indique seulement un fait accompli ; qu'il faut, de plus, prévoir les hémorragies à répétition et mettre la malade à l'abri de ses conséquences. Pour cela, il *faut extraire le corps du délit*. Je ne dirai pas, avec M. Pajot, attendez la

putréfaction pour agir ; je dirai prévenez-la, prévenez la perte inutile du sang et, j'ajoute : agissez dès que vous êtes convaincu que l'avortement ne se liquidera pas en une seule étape ou deux étapes rapprochées comme c'est souvent le cas. Lors donc que vous serez à même de juger que l'expulsion est « ratée » et se trouve reportée fatalement à un terme aléatoire, posez nettement la question opératoire. »

Ces conclusions en matière de traitement préventif, qui sont aussi les nôtres, nous n'aurions pas à les renouveler après vingt-six ans si l'expérience journalière ne nous démontrait précisément que c'est à l'expectation molle et facile que sont imputables un trop grand nombre de cas d'infections puerpérales.

II. — TRAITEMENT LOCAL DE L'INFECTION

AVORTEMENT SPONTANÉ

A plus forte raison, devons-nous agir promptement si nous nous trouvons en présence d'un état infectieux.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Mme D..., vingt-deux ans. Le 10 octobre 1912 elle fait une fausse couche incomplète de deux mois. Le 13 octobre, température 39°2. Pouls 120. Céphalée, lochies peu abondantes. Curette ramène un gros morceau de placenta ; écouvillonnage, pansement utérin au sérum de cheval. Sort guérie le 22 octobre.

Examen et culture du contenu de l'utérus. — Avant le curettage : beaucoup d'anaérobies, quelques colonies de colibacilles, streptocoques peu abondants donnant un érysipèle à l'oreille d'un lapin.

Après le curettage : streptocoque retrouvé seul.

OBSERVATION V

(*In* thèse Jeannin.)

Dégénérescence de la caduque

Vingt-sept ans, III-pare, entre en novembre 1901 à Lariboisière pour *pertes hydro-hématorréiques* abondantes. Tous les jours elle reçoit des injections vaginales.

Dans la nuit du 17 au 18 novembre douleurs, et le matin avortement de cinq mois et demi sans avoir été touchée par personne. Après avortement, M. Bonnaire lui fait une injection intra-utérine iodée ; une heure après, la malade est prise d'un très violent frisson et la température monte brusquement à 40 degrés. M. Bonnaire pratique alors le curettage de la cavité utérine qui ramène de très nombreux débris dégénérés de muqueuse. Suites apyrétiques. Tous les jours deux injections intra-utérines iodées.

Examen bactériologique. — Des débris enlevés à la curette. Cultures donnent exclusivement du *B. coli* abondant.

Le microbe s'était donc, au cours de la grossesse ou pendant les heures de l'avortement, infiltré dans la muqueuse malade ; il y serait devenu le point de départ d'accidents sérieux, si la désinfection n'avait eu lieu rapidement. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé dans le cas suivant, où l'intensité du pro-

cessus infectieux est en raison du retard de l'intervention, partant de la trop grande durée de la rétention.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Mme M..., vingt-six ans. Dernières règles 28 août 1911.

8 octobre. — Quelques pertes rouges qui deviennent peu à peu rosées et persistent jusqu'à ce jour. Pas de caillots ni coliques.

9 octobre. — Fièvre, nausées, quelques vomissements.

11 octobre. — A midi température 40°1. Pouls 130. Ventre souple, dépression, langue sèche.

Le soir même chloroforme. Après injection chaude dilatation avec bougie d'Hégar. Curage ramène débris placentaires et fœtaux, demi-consistants. Mèche iodée, tamponnement vaginal.

12 février. — Température 38°8. Pouls 110. Glace sur le ventre.

13 février. — Température 37°2. Pouls 84.

Examen bactériologique. — Des débris du curage. *Pas de streptocoques*, petits microbes en amas semblant être des *colibacilles*.

Dans le même ordre d'idées, une temporisation inopportune en présence du décollement de l'œuf, favorisant la mort fœtale dont la conséquence naturelle fut la putréfaction, a amené un dénouement fatal.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Mme X..., trente ans, arrivant du Pérou. Il y a dix jours, aurait été prise de pertes favorisées par le mal de mer. Médecin du bord constate une *grossesse de six semaines* et fait garder le lit. Accalmie, puis recrudescence dès l'arrivée à Paris.

Docteur appelé, constate décollement de l'œuf et adresse la malade à la clinique. Pas de température, teinte subictérique légère, pouls petit. Entre le 7 mai 1912.

Chloroforme le 8 mai. Après dilatation, on retire un *fœtus en voie de décomposition*. Extraction du placenta par curage digital, lavage et mèches iodées. Lendemain, brusquement, à 8 heures du matin, grand frisson, urines acajou. Pouls devient incomptable, ventre ballonné, pas douloureux, langue sèche. Pouls 140. Température 40 degrés. Sérum, caféine. A 11 heures grand lavage intra-utérin iodé renouvelé le soir à 6 heures. Entre temps sérum antistreptococcique.

Exitus à 1 heure du matin.

Tandis que les deux interventions suivantes, qui ont eu l'heureuse fortune de porter sur des fœtus non encore putréfiés, en dépit du tapage bruyant des symptômes, ont comporté des résultats satisfaisants.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Mme P..., vingt-cinq ans. Un enfant à terme il y a sept ans. Début décembre 1911, règles non apparues, consulte

M. Doléris pour douleurs abominales. Début de grossesse diagnostiquée.

Au mois de janvier la malade perd par intermittence, elle garde le lit quarante-huit heures, reprend ses occupations, quand, le 27, apparaissent des pertes violentes abondantes.

Docteur fait garder le lit. En présence de la température et des pertes roses continuelles elle, entre à la clinique.

Sous chloroforme, *fœtus de trois mois et demi retiré.* Curage digital, mèche iodée et tamponnement. Suites normales.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Mme C..., 28 décembre 1911, enceinte de quatre mois, prise subitement de douleurs utérines. Pertes hydro-hématorréiques, lypothymie. Docteur constate commencement d'avortement. Le soir hyperthermie.

29 décembre. — Entrée à 10 heures du soir, glace sur le ventre, température 40°6, pouls 170. Col très peu ouvert, langue sèche.

30 décembre. — Curettage léger. Après dilatation, on retire un *fœtus en voie de macération.* Placenta vient par morceaux sans trop d'hémorragies. Lavage intra-utérin et mèche iodée, tamponnement serré.

5 janvier. — Hyperthermie due à légère rétention placentaire. Lavages intra-utérins ramènent des débris avec un peu de pus.

Suites normales. Sort guérie après poussée de salpingite et d'entérite le 18 janvier 1912.

Donc, conduite précoce. Quelle conduite? Deux méthodes d'intervention se disputent la faveur du praticien : curage digital et curettage. Introduit en France par Récamier, ayant eu par la suite son heure de vulgarisation, l'on peut dire qu'à l'heure actuelle il est une grandeur déchue, évincé par le curage digital. Or, quels sont les griefs qu'on lui impute?

On lui reproche d'être *insuffisant* et *dangereux*.

Insuffisant

a) Y a-t-il des adhérences solides, la curette est inefficace ; y a-t-il insertion d'un cotylédon au niveau des cornes de l'utérus, y-a-t-il enchâtonnement, la curette est inutile.

b) N'y a-t-il pas adhérences, elle glisse facilement, dérape, n'entraîne pas le corps du délit, et des observations ont montré qu'elle avait laissé un fœtus, un œuf entier dans l'utérus.

Dangereux

a) L'utérus puerpéral est friable ; aussi bien les cas de perforation par la curette ne se comptent pas.

b) Elle favorise l'infection en traumatisant la barrière protectrice des cellules et des leucocytes, en

ouvrant les vaisseaux lymphatiques, désagrégeant les caillots obturateurs des sinus veineux, disséminant ainsi la suppuration, mobilisant des thrombus septiques, point de départ d'embolies génératrices de pyohémie.

Or, nous basant d'une part sur notre expérience, d'autre part sur nos observations, voyons si toutes ces critiques sont bien fondées, et n'y aurait-il pas place pour une méthode un peu plus éclectique ?

OBSERVATION X (Personnelle)

Mme C..., vingt-trois ans. Chute le 5 octobre 1908. Pertes abondantes et avortement. Pas de délivrance. Partie des membranes dans le vagin, une autre dans l'utérus.

Température 38°5. Pouls 120.

6 octobre.— Examen digital après dilatation montre débris placentaire de la grosseur d'un petit œuf, enchâtonné dans le fond de l'utérus, que le *curage digital permet seul* de dégager.

Tamponnement à la gaze. Utérus reste encore mou et inerte quelque temps. Membranes exhalaient une odeur fétide.

Guérie le 11 octobre.

Indication formelle du curage.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Mme T..., vingt-cinq ans.

24 juin. — Avortement deux mois et demi. Délivrance par médecin et *curage.*

Au bout de quarante-huit heures élévation de la température, malade saigne. Douleur dans la corne droite.

1er juillet 1912. — Température 39°2. Pouls 124.

Curettage mousse. Morceau de placenta gros comme une noix retiré. Syncope se renouvelant l'après-midi. Glace sur le ventre le soir. Huile camphrée. Électrargol.

Sort guérie le 19.

Ici le curage a été insuffisant.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Mme L..., entrée le 21 novembre 1911. Pouls 100. Température 38°8.

Grossesse de six semaines.

17 novembre. — Hémorragie brusque. Malade garde le lit.

20 novembre. — Température 39 degrés avec frissons, vomissements. Expulsion de quelques caillots ; pertes chocolat, sans odeur.

21 novembre. — *Curettage.* Deux fœtus retirés en voie de macération et deux placentas ; quatre mèches iodées. Tamponnement. Huile camphrée.

23 décembre. — Chute de la température. Détamponnement le 24 décembre.

27 décembre. — Guérison.

Deux fœtus ont été retirés à la curette.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Mme D..., fausse couche de deux mois, 14 juillet 1911.

Perte de sang huit jours avec caillots.

Potion à l'ergotine ordonnée par médecin traitant et injections chaudes.

30 juillet. — Température 38°2. Pouls 120.

Curettage décidé.

Dilatation difficile. Curettage ramène débris placentaires et caillots. Après l'opération ventre ballonné. Écouvillonnage, mèches iodées.

Guérie le 12 avril.

Inefficacité et inconvénients de l'ergotine. Dans ce cas curette indiquée.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Mme M..., vingt-cinq ans. Depuis dernier accouchement leucorrhée. Fausse couche de deux mois survenue par violent effort, assez grosse hémorragie. Reste délivre.

Quand on vit la malade, température 37°8. Pouls 110.

19 juin 1908. — Utérus gros, mobile, col mou perméable à l'index, permettant d'explorer l'utérus en tous sens et d'en assurer la vacuité ; puis *curettage.* Tamponnement au sérum Petit. Guérison le 28 en sept jours.

Association avantageuse du curage et du curettage.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Mme V..., trente-trois ans, IV-pare, tous accouchements normaux. Il y a dix-huit mois poussée salpingite. Avortement de quatre mois, 2 novembre 1908. Expulsion de fœtus :

hémorragie considérable. Docteur traitant fait un essai vain de délivrance artificielle. Pouls 140, pupille dilatée, deux syncopes.

2 novembre. — Après dilatation introduction du doigt, décollement aisé des membranes, mais impossibilité de les détacher du fond de l'utérus. *Extraction à la pince* morceau par morceau. Tamponnement iodé. Sérum, caféine. Petit écoulement sanguin, ergotine.

Guérison le 8.

Échec du curage ; indication de la pince.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Mme M..., trente et un ans, deux enfants vivants, deux morts méningite, dernier accouchement difficile. Trois jours par semaine pertes de sang et d'eau rousse. Fréquents accès de fièvre ; ventre grossi (15 décembre 1908).

A l'examen, ventre de trois mois, pas de souffle ni battements, utérus mou. Pas d'accident général. Expectation.

Deux jours après température 38 degrés, ventre douloureux, perte abondante d'eau rousse. Après dilatation très difficile (lèvre antérieure du col se déchire) on ne peut pas dépasser dilatation d'une pièce de 2 francs. *Doigt ne peut contourner l'œuf ;* il faut prendre la *curette et la pince.* Ablation d'une grande partie du placenta, mais il en reste. Tamponnement iodé.

Surlendemain fièvre. Redilatation, et l'on voit placenta gros comme un petit œuf que je retire et recurettage (19 décembre).

Depuis chute progressive de la température avec essais d'électrargol. Guérison le 12 janvier.

Inefficacité du curage; curette et pince ont été nécessaires.

OBSERVATION XVII

(*In* thèse Mouchotte, p. 58)

14 février 1901. — Douleurs expulsives, pertes de sang. Fausse couche de trois mois et demi. Rétention. On pratique le curage digital.

16 février. — Température matin 37°6. État général cependant indique curettage, qui est pratiqué à 10 heures matin.

17 février. — Température 39°9. Pouls 150. Céphalée. Température soir 40 degrés. Pouls 150. A 7 h. 10 hystérectomie vaginale par M. Faure. Utérus renfermant :

Un morceau de placenta fétide, enchâtonné dans la corne gauche, que ni le curage ni le curettage n'avaient pu détacher.

a)Le curage n'échoue-t-il pas, lui aussi, quand il s'agit d'enchâtonnement. Pour des adhérences des membranes, la pince et la curette ont réussi où le doigt avait été impuissant.

b) La curette peut très bien ramener un fœtus, et même deux fœtus ; bien maniée elle ne dérape pas.

D'autre part, quand l'utérus est tétanisé par l'ergotine par exemple prescrite par erreur dans l'avortement précoce, le vagin résistant de la primipare ne peut tolérer l'introduction de la main, force est bien d'employer la curette.

d) La perforation est, de fait, une objection sérieuse, mais convient-il de l'exagérer? Ne faudrait-il pas, par hasard, incriminer dans un nombre de cas la manière d'opérer, la friabilité excessive de l'utérus où le doigt lui aussi eût été fautif? A cet égard, l'observation que rapporte Olshausen (1) est significative: « Un confrère ayant fait une perforation avec la curette, il lui en déconseilla vivement l'emploi dans l'avortement. Or, l'année suivante, ce même collègue trouait l'utérus de la seconde femme du même homme et cette fois avec le doigt ! »

e) N'est-ce pas un leurre que ce respect sacro-saint pour cette barrière organique protectrice! — Nos voisins d'outre-Rhin tiennent toute atteinte instrumentale contre elle comme « damnable » — N'est-il pas logique d'extirper et de balayer ces détritus farcis de micro-organismes comme nous l'avons vu dans les premières observations? D'ailleurs, si l'on craint ces réactions d'ensemencement consécutives au curettage, on peut les supprimer ou tout ou moins les atténuer en badigeonnant la cavité utérine, selon le conseil de Bonnaire, une heure ou deux avant l'intervention avec une solution iodée.

Examinons, d'autre part, la statistique de Schottmüller (2), qui porte sur 70 avortements infectés par le streptocoque hémolytique.

---

1. Olshausen, *Bemerkungen zur Indikation der Abrasio mucosæ* (*Zent. für Gynæk.*, 23 octobre 1910).

2. Schottmüller, *Streptokokken Aborte und ihre Behandlung* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911, nos 40-41).

Quarante-huit cas de fièvre traités par curettage, 1 mort.

Seize cas de fièvre avec complications :

Neuf cas où curettage, 2 morts.

Léthalité, 22,22 o/o.

Sept cas ou pas de curettage, 4 morts.

Léthalité 57,14 o/o.

Nous voyons, d'une part, les résultats comparativement heureux du traitement actif par le curettage et, d'autre part, le nombre d'issues désastreuses dûes à la crainte de cet instrument « damnable ».

Donc, à condition de connaître les écueils à éviter (recherche du cri utérin, qui peut manquer alors que les tissus sont ramollis par l'infection ou dont la sensation peut être fournie par certains placentas fibreux), à condition de mettre beaucoup d'insuccès à la charge des opérateurs « dont la timidité par trop médicale» s'accommode mal d'une certaine hardiesse d'opération, ou dont la timérité par trop chirurgicale s'accorde mal avec la mesure d'exécution, la curette peut rendre de signalés services dans bien des cas. On ne doit donc pas inconsidérément la rejeter de notre arsenal thérapeutique.

Il ne faut d'ailleurs pas être d'un exclusivisme rigoureux, et ces deux procédés, curettage et curage combinés, peuvent fournir d'excellents résultats. Il nous semble qu'il est d'une bonne pratique de commencer par exemple, toutes les fois qu'il sera possible, par le doigt qui permettra d'explorer consciencieusement la cavité, de diagnostiquer les

causes morbides de l'avortement (rétention des lochies par rétroversion, par tumeur fibreuse, etc.), d'instituer en conséquence un traitement approprié. On enlèvera tout ce qui est extirpable manuellement, quitte à continuer par la curette si l'on n'a pu déblayer que le gros ; à la fin de la besogne nouvelle, vérification digitale, la curette aura ainsi l'avantage de travailler sous le contrôle du toucher.

L'écouvillonnage avec ou sans antiseptique sera employé avec fruit en ramenant les parcelles trop petites pour être entraînées par le doigt ou la curette, et trop adhérentes pour être balayées par l'injection, complément heureux de l'intervention intra-utérine soit avant, débarrassant la cavité des caillots, soit après, favorisant l'hémostase.

Mais il n'y a rien dans l'utérus et pourtant il y a de la fièvre... Si l'on n'a pas conscience d'avoir bien curetté, ou si l'on se méfie d'une opération que l'on n'a pas faite soi-même, il peut être avantageux de pratiquer un recurettage.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Mme A..., vingt-cinq ans, avortement de cinq semaines après mariage. Dysurie. Le médecin fait le diagnostic de cystite. (Quinze jours après il diagnostique une urétrite et une métrite. Il l'examine à ce moment et constate de la rétention du *délivre avec fièvre*. Au mois de février 1909, curetage, mais fièvre ne tombe pas, se maintient à 38°5

pendant quinze jours. Amaigrissement progressif, anorexie au mois d'avril, pertes jaune verdâtre.

Le 2 avril elle vient consulter. Recurettage (T. 37°9. P. 120). Curette ramène quelques débris placentaires.

Guérison le douzième jour.

Si l'on a la certitude que la muqueuse est détergée, *les lavages intra-utérins* qui ont l'inconvénient, en cas de rétention, où souvent employés inutilement d'être une cause de temporisation fâcheuse, peuvent ici trouver une indication, particulièrement dans les infections gonococciques dont nous citons une observation.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Mme X..., trente-deux ans, entre au mois de février 1911 dans le service pour y subir un curettage, parce qu'elle avait des hémorragies depuis un mois ; d'après les commémoratifs (retards des règles, pertes abondantes) nous avons la certitude qu'il s'agit de rétention, d'autant plus que le thermomètre accuse une légère ascension.

Donc, après dilatation par laminaires et exploration digitale, curettage selon les règles aseptiques.

Le lendemain température 39°5. Injection intra-utérine formolée, électrargol intra-veineux et tout rentre dans l'ordre ; par précaution, les injections sont continuées ; deux jours après la dernière injection, nouvelle ascension de la température (40°). Mauvais état général, écoulement jaune verdâtre.

L'examen microscopique décèle des gonocoques à foison. L'enquête nous permet de nous rendre compte que le spéculum dont on avait usé précédemment pour l'examen gynécologique d'une femme atteinte de vaginite et cervicite blennorragiques avait été simplement et mal flambé, après avoir été sommairement nettoyé par négligence de l'infirmière.

Injections intra-utérines avec Mno^4K. eurent vite raison de cette infection. Néanmoins, la malade sortit encore avec quelques pertes.

Mais après échec des différents moyens mis en œuvre, après épuisement vain de toute la gamme thérapeutique, sommes-nous en droit de faire appel à une intervention plus énergique ? Alors que les germes pathogènes se sont infiltrés profondément dans la musculeuse, ne serait-il pas légitime de supprimer radicalement l'utérus, cette source qui déverse incessamment des flots toxi-infectieux dans l'économie et d'extirper ainsi les racines de l'infection à la façon de l'appendicectomie dans la toxinhémie appendiculaire ? Mais, à la suite de ces atermoiements, n'est-il pas trop tard et ne s'expose-t-on pas à opérer des moribondes ? Ou bien n'est-il pas trop tôt, est-ce bien sûr que la malade livrée au traitement conservateur est irrémédiablement condamnée et qu'il n'est pas dangereux de lui faire subir une opération inutile ? Autrement dit, possédons-nous un critérium qui nous permette de fixer l'heure opportune de l'intervention ?

La *bactériologie*, conclut M. le professeur Pinard

au Congrès de Madrid, est à l'heure actuelle impuissante à fournir une indication à l'hystérectomie dans l'infection puerpérale ; il ne peut être question d'indication, mais seulement *d'invitation* opératoire. Plus récemment, MM. Guéniot (P) et Cathala ont montré que la bactériémie n'est pas constante dans l'infection puerpérale, même dans les cas mortels, même en pleine agonie. De l'examen *cytologique*, on n'a pu jusqu'ici dégager aucune conclusion valable. Quant à la *clinique*, elle ne nous donne pas de formule nette. Que dit, en effet, M. Tuffier, rapporteur au Congrès de Rome ?

« Chacun des symptômes pris isolément n'est pas pathognomonique de l'intervention, c'est l'ensemble clinique, le complexus symptomatique qui peuvent entraîner notre conviction... Dans quelques cas, malgré le traitement le mieux conduit, les accidents continuent : les frissons se répètent, la température se maintient élevée ou monte à 40°5, 41 degrés, 41°5, le pouls reste au-dessus de 120 ; il est mou, dépressible, les urines diminuent, la peau devient jaune terreux, les veines sont noirâtres, les téguments se marbrent, du subdélirium apparaît. Au milieu de tout ce cortège symptomatique d'un dénouement fatal, pas de ballonnement du ventre, pas de sensisibilité pelvienne, pas de vomissements, aucune localisation viscérale infectieuse, l'utérus est légèrement sensible à la pression ; le médecin ou l'accoucheur qui suivent la malade déclarent la malade perdue. Dans les cas de ce genre, l'hystérectomie

est-elle justifiée? » Et il conclut par l'affirmative.

Or, si nous obéissons à une invitation aussi relative, à la sensibilité de notre flair clinique, nous craignons que notre intervention ne nous conduise aux pires erreurs. Tablons effectivement sur les faits : examinons cette observation, comme il s'en trouve aisément, et qui a la valeur, pour la défense de notre cause, de n'être point nôtre.

OBSERVATION XX

(M. Verrot, Soc. de Gynéc. de Bordeaux, 14 mars 1911.)

Avortement de trois mois.

6 février. — Femme décolorée, immobile. Pouls 140. Température 36°5. Métrorragie abondante.

7 février. — Température 37°5. Curage digital (œuf engagé).

10 février. — Soir température 40 degrés. Pouls 160.

Malade déprimée, délire tranquille, ventre souple, pas de trace de réaction péritonéale, annexes n'ont rien. Peau chaude, urines peu abondantes, albumineuses. Injection sous-cutanée d'essence térébenthine.

Situation s'améliore. Vive réaction locale, abondante suppuration. Malade quitte l'hôpital le 3 mars.

Voilà bien un cas superposable au tableau de la septicémie puerpérale peint si magistralement par M. Tuffier. Voilà bien le complexus symptomatique, indication formelle de l'hystérectomie qui eut peut-être sauvé la malade au prix des plus grands

délabrements qu'une abstention lui a épargnés, et plus sûrement perdu une femme qui a guéri. Car l'on n'ignore pas les dangers d'un pareil shock-opératoire lors du puerperium, surtout lors du puerperium fébrile où toutes les résistances de l'organisme sont affaiblies. Il faut être sobre d'exérèse si l'on ne veut point courir à des insuccès. La statistique de Christeanu, par exemple, comporte 9 cas d'infection post-abortive sans localisation appréciable traités par l'hystérectomie avec 7 morts, soit un pourcentage de 77, 77, ça n'est ni plus ni moins désastreux.

Donc, à part les cas de myomes et de rétention placentaire putréfiés, où le même auteur relate 7 guérisons sur 12 cas opérés et où l'hystérectomie est de mise, mais qui sont isolés ; à part les cas de gangrène et d'abcès utérin dont on ne peut songer à faire un diagnostic différentiel avec les infections putrides qui offrent les mêmes caractères et qui relèvent du traitement conservateur, on peut dire qu'il n'y a pas d'indication de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

Et voilà pourquoi nous ne nous sentons pas capable de prendre la responsabilité d'une intervention aussi sérieuse qui ne comporte que hasard et désastres.

AVORTEMENT CRIMINEL

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Mme G..., vingt-six ans, un enfant. 12 juin 1911, avortement de trois mois, trois jours après la température s'élève.

20 juin. — Température 39°5. Pouls 120.

Curage digital ramène un morceau de gros placenta et un tampon de coton hydrophile, odeur nauséabonde. Sérum Petit (attouchement). Tamponnement vaginal et mèche dans l'utérus.

21 juin. — Température 37° 3. Pouls 95.

Guérie le 26 juin.

La présence de ce tampon dont la qualité septique est presque certaine, laissé longtemps dans l'utérus, fait ressortir la variété des conditions qui, susceptibles de se présenter dans l'avortement provoqué, sont de nature à aggraver l'infection.

OBSERVATION XXII

(Dervaux, *Bulletin de la Soc. d'Obst.* Paris, 1910, XIII.)

Mme X..., vingt-sept ans, pas d'enfant, mariée. Médecin appelé d'urgence la trouve sans connaissance au milieu d'une

mare de sang, seule. Placenta prævia central. Il dut faire l'extraction du fœtus de cinq mois à travers le gâteau placentaire et compléter par extraction manuelle du placenta sur sujet syncopé. Placenta présentait en dehors de la zone perforée par le passage du fœtus, et en un point excentrique, pas loin de l'orifice utérin, une plaque gangreneuse à odeur horriblement fétide qui avait frappé le médecin avant toute intervention. Malade mourut avec infection épouvantable. Avortement criminel constaté par ces faits fut confirmé par la suite.

Ici nombreuses conditions réunies : cause morbide, hémorragie, délabrements traumatiques, septicité, difficulté de l'intervention.

OBSERVATION XXIII (Personnelle)

Au mois d'octobre dernier, appelé pour jeune fille de dix-huit ans pour une fièvre.

La veille, parents ne m'ayant point trouvé, avaient mandé un confrère qui me laissa un mot : « vomissements, coliques, céphalée, température 41 degrés, pouls très rapide ». Devant ce cortège symptomatique assez grave, il pensa à la dothiénenterie et conseilla aux parents de l'envoyer à l'hôpital. Traitement symptomatique : quinine, potion de Rivière.

Le lendemain matin malade me raconta avoir perdu du sang. Je m'enquis sur règles qui n'étaient pas revenues depuis trois mois. Je crus bon de faire le toucher : col dilaté, permettait de sentir le placenta engagé. Température 39 degrés. Pouls 110.

Placenta vint facilement, exploration digitale, rien d'anormal. Injection d'eau de Labarraque.

Le lendemain température 37 degrés. Pouls 80. État satisfaisant. La malade avoua qu'on lui avait introduit un objet de la longueur d'un doigt et qu'on lui avait donné à boire une potion trois jours auparavant.

Ici l'on voit comment on se laisse égarer dans le diagnostic, par les réticences de la malade. Chute de la température après évacuation précoce de l'utérus.

OBSERVATION XXIV (Personnelle)

Mme V..., vingt-deux, ans, trois fausses couches. Dernier avortement 26 mai.

1er juin. — Fièvre. Docteur enlève membranes.

4 juin. — Vomissements, glace sur le ventre.

Entrée 6 juin. Pouls 140. Température 39°9; ventre légèrement ballonné, douloureux dans sa partie inférieure. Constipation absolue, utérus gros en rétroversion. Salpingite. *Curage digital.*

Quelques débris, mauvaise odeur.

Sérum Petit ; tamponnement.

7 juin. — Température 38°8. Pouls 110. Vomissements.

8 juin. — Vomissements cessent. Pouls 110. Température 39°9.

9 juin. — Elle va à la selle, et rend de nombreux gaz. Température 38 degrés. Pouls 110. *Lavages intra-utérins. Sérum antistreptococcique.*

11 juin. — Température 38°9. Pouls 110. On abandonne lavages.

16 juin. — Température 39°8. Pouls 118. Empâtement culs-de-sac postérieur et droit.

17 juin.— *Colpotomie*. Trois quarts de litre de pus et sérosité fétide. Chute de la température immédiate.

18 juin. — Température 37°8. Pouls 90.

Guérison le 10 juillet.

OBSERVATION XV

(Kelly, citée *in* Th. Morlet.)

Jeune femme, fausse couche de trois mois. Température élevée, pouls petit, rapide, écoulement fétide. Péritonite septique diagnostiquée. Chirurgien veut pratiquer la laparotomie.

Médecin traitant s'y oppose, se basant sur la bénignité des symptômes.

Laparotomie pratiquée *seulement cinq jours après*, les symptômes s'étant aggravés. Péritonite généralisée. Plaie utérine à la face postérieure. Drainage.

Mort quatre jours après.

OBSERVATION XVI

(Chevassu, Soc. anatomique de Paris, 1910.)

Manœuvres abortives, à la suite d'un retard de règles de dix jours, 15 août.

16 août. — Malade entre à l'hôpital pour douleurs, ventre

un peu ballonné, légèrement tendu, un peu sensible à la pression partout, mais surtout dans la région sus-pubienne. Température 38°9. Pouls mauvais, petit, rapide (130).

Au toucher utérus un peu gros, col banal, utérus mobile, cul-de-sac vaginal postérieur douloureux.

Perforation est loin d'être certaine, d'autre part, la réaction péritonéale est nette. Laparotomie s'impose.

Péritoine est plein déjà de liquide purulent. Utérus notablement plus gros que normalement, mais ne présente aucune trace de perforation.

Annexes gauches prolabées dans le Douglas, ovaire sanguinolent, adhérent en partie à la trompe qui fut transformée en une salpingite pleine de pus

Exitus.

Péritonite généralisée par rupture d'un abcès salpingien au cours de manœuvres abortives.

OBSERVATION XVII

(Morestin, Soc. anatomique, 1910.)

Fausse couche de trois mois, 28 décembre.

12 décembre. — Température 38 degrés. Pouls 120. Curettage (curette mousse) et lavages quotidiens.

L'état devient inquiétant. Écoulement de pus grisâtre et fétide persiste. Utérus gros, entouré par masse volumineuse. Dure collection volumineuse soit dans épaisseur ligament large, soit dans péritoine pelvien.

6 janvier. — Laparotomie. Abcès péri-utérin au fond de

l'utérus, cloisonné par des membranes. Collection fétide de pus grisâtre. Hystérectomie. Utérus présentait *cinq perforations au fond de l'utérus.*

Exitus le 11 janvier.

OBSERVATION XVIII

(Fieux, *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1910.)

22 novembre. — Jeune fille de dix-huit ans, à la suite de manœuvres intra-utérines faites avec canule à lavement de 6 à 7 centimètres pour un retard de règles de trois mois ressent des douleurs qui s'aggravent, s'accompagnent de vomissements. Hémorragie, expulsion de fœtus. Le lendemain frissons. Le 25 entre à l'hôpital : vomissements bilieux, lochies noirâtres, fétides, ventre ballonné, douloureux, Diagnostic: *rétention placentaire compliquée d'infection.* Au cours du curettage, sonde pénètre profondément.

Le soir, à 7 heures, pouls 130. Voix faible. A l'ouverture du ventre 400 grammes liquide sanieux et grisâtre libre dans cavité abdominale. Un bloc épiploïque non violacé en voie de sphacèle coiffe le fond de l'utérus ; celui-ci récliné, énorme, *perforation utérine à bords sphacélés. Porro.*

Malade mourant peu après.

La perforation occupait une région (partie antérieure du fond) qu'un cathéter rigide n'aurait su atteindre en raison de l'antecourbure de l'utérus. Donc rationnel d'admettre que la *putréfaction d'un cotylédon enchâtonné avait déterminé la gangrène de cette mince cloison qui, à ce niveau, repré-*

sentait la paroi utérine, la chute de l'escharre aboutissant à la perforation possible en dehors de tout traumatisme direct.

OBSERVATION XXIX

(Poirier, citée *in* thèse Morlet.)

26 décembre. — Accidents graves *post-abortum* (injection intra-utérine d'eau de savon).

Après curettage et devant l'aggravation des symptômes, laparotomie médiane.

2 janvier. — Sur paroi antérieure de l'utérus, déchirure irrégulière. Signes de péritonite généralisée.

Drainage abdomino-utérin par la plaie utérine (drain descend dans le vagin). Grands lavages abdomino-vaginaux grâce au drain.

Guérison le 5 mars. Trois mois après opération, retour des règles.

OBSERVATION XXX

(Weiss de Nancy, Soc. de Chirurgie. Paris, 1902).

Mme X... enceinte de trois mois. Personne inexpérimentée introduit dans voie génitale sonde de Doléris ; douleur atroce, évanouissement. Médecin appelé ordonne glace sur le ventre.

Médecin consultant conseille *laparotomie exploratrice*. Un litre de pus, sérosité trouble dans péritoine, plaie de 4 centimètres au niveau du cul-de-sac de Douglas. Drainage par abdomen et vagin (colpotomie).

Le lendemain amélioration.

Dans la nuit signes de fausse couche, œuf recueilli avec soin. Exacerbation des symptômes péritonéaux et, pendant trois jours, la malade est entre la vie et la mort. Pouls 140. Température élevée. Ballonnement généralisé.

Injections massives sérieuses.

Après quinze jours de fièvre et vomissements incessants rémission et guérison.

Une hémorragie à début brusque, abondante, sans prodrome, une douleur violente, continue, persistante après l'expulsion déterminant une sorte de tension au niveau de l'utérus, une sensibilité ressentie au toucher, à la mobilisation, à l'injection intra-utérine, surtout une douleur exquise localisée, au début du moins (Dervaux), particulièrement l'aveu des tentatives diverses faites antérieurement (breuvages, etc.) doivent aiguiller notre diagnostic d'avortement criminel. De cette constatation découle une thérapeutique énergique, car toutes les conditions sont réunies pour que l'infection soit intense et rapide. Il faut donc la juguler d'emblée.

« Que le col soit ouvert ou fermé il faut, selon M. Boissard, après dilatation, terminer aseptiquement ce qui a été fait septiquement. »

Mais là ne doit pas se borner notre activité et nous devons, en pareille circonstance, songer à deux éventualités, qui sont pour ainsi dire la signature de l'avortement criminel : la *péritonite* et la *perforation*, lésions qui peuvent être indépendantes, mais

qui peuvent aussi coexister, se combiner et s'influencer réciproquement.

A. — Péritonite. — M. Maygrier estime que l'avortement criminel, dont la léthalité s'élève à 56, 8 o/o, emprunte son caractère de gravité, dans la grande majorité des cas, à une péritonite généralisée : sur 10 autopsies il a rencontré sept fois cette lésion et M. Jeannin la trouve cinq fois sur 8 relations d'autopsies consignées par Brouardel. Or, d'après Bouilly, la péritonite puerpérale aiguë généralisée est « un drame dont la mort est presque toujours le dénouement » et, d'après Tarnier, un équivalent « d'un arrêt de mort ».

D'autre part Bocquel, sur 27 observations de péritonite généralisées dues à l'infection puerpérale comportant 14 interventions de laparotomies avec 9 guérisons et 5 morts, en arrive aux conclusions suivantes : 1° l'absence d'intervention dans les cas méconnus a été naturellement suivie de mort ; 2° l'intervention, même tardive, a pu donner des résultats dans des cas en apparence désespérés ; 3° l'intervention n'a paru exercer aucune influence fâcheuse sur les cas suivis d'insuccès ; 4° elle a paru influencer favorablement quelques cas où la péritonite était ou minime ou douteuse.

De l'évolution fatale des péritonites puerpérales non opérées et de leur évolution favorable quand elles sont opérées, on peut en tirer cette règle que, en matière de péritonite puerpérale généralisée post-

abortive, il faut intervenir toujours chirurgicalement, et intervenir aussitôt que le diagnostic a été posé, et comme l'a dit M. Jeannin, « tous les moyens médicaux tels que application de glace sur le ventre, usage des opiacés, etc., sont des atermoiements dangereux qui vont faire passer le moment d'élection pour opérer et n'enrayeront pas la marche fatale de l'affection ».

Deux procédés s'offrent à nous, qui ont pour but essentiel de drainer le péritoine : 1° *la colpotomie postérieure*, qui a pour elle sa *simplicité* (il suffit, à l'aide d'une valve courte et large, de déprimer la fourchette et la paroi vaginale postérieure, et d'inciser au bistouri le cul-de-sac postérieur), *l'inutilité de l'anesthésie et l'absence de shock opératoire*, la *déclivité du drainage*, contre elle, d'être *insuffisante*, dans les cas de poches enkystées, d'adhérences séparant le pelvis de la grande cavité abdominale et *aveugle*, car elle ne permet pas d'explorer les lésions utéro-annexielles et péritonéales ;

2° *La cœliotomie par voie haute*, qui n'expose pas à ne pas ouvrir la cavité séreuse, qui permet de voir ce qu'il y a dans le ventre et d'agir conséquemment, qui peut également être tentée sous anesthésie locale tout au moins sans anesthésie générale tout à fait légère et où l'on peut réduire aussi au minimum le traumatisme opératoire, avec ménagements et douceur pour le péritoine.

Du reste, on peut combiner les deux procédés en opérant de haut en bas, en introduisant dans le vagin

un pince clamp ouverte qui soulève le Douglas ; incision du point culminant de ce dôme, un drain par la brèche ainsi pratiquée, un autre drain par l'ouverture abdominale et nous aurons ainsi réalisé un drainage parfait. Mais on a sous la main un utérus septique, va-t-on profiter de l'occasion pour l'enlever ? « Son ablation est tentante, estime Mauclaire, mais le plus souvent la malade ne supporterait pas une hystérectomie. » Le coefficient de résistance en effet prime tout et dans les cas de péritonite la condition *sine qua non* de succès de l'intervention est d'épargner à l'organisme déprimé un shock opératoire considérable en disproportion avec une réussite des plus aléatoires. C'est ainsi que M. Doléris concluait au Congrès de Chirurgie : « En matière d'infection puerpérale, les raisons qui militent en faveur de l'hystérectomie sont inférieures le plus souvent à celles qui militent en faveur de l'abstention ; l'abstention doit être la règle et l'hystérectomie l'exception ; cette conclusion est, *a fortiori*, applicable aux formes péritonéales de l'infection puerpérale. *Il apparaît nettement que si l'hystérectomie en pareille matière peut avoir des indications, la péritonite n'en est pas une.* »

B. — Perforation. — La perforation abortive est assez fréquente relativement aux autres perforations. Heineck, qui a relevé dans la littérature médicale de 1895 à 1907, 160 cas de perforations utérines, en relate 65 qui sont survenus au cours de tentatives

criminelles et qui ont fourni 25 décès, soit *38,46* o/o, gros pourcentage eu égard aux autres perforations qui, au nombre de 84, ne comportent que 17 décès, soit une mortalité de *20,02* o/o.

D'une façon générale, la perforation doit être traitée. Heineck nous montre par exemple que sur 66 cas où l'on a institué la méthode expectante, il y a eu 21 décès, soit une proportion de 33,33 o/o, tandis que 72 cas laparotomisés avec manœuvres abdominales indiquées, n'ont donné que 17 décès, soit 24,63 o/o. Or, si l'on juge que les perforations abortives comportent un pronostic plus grave, à plus forte raison devons-nous bannir en pareille matière la méthode abstentionniste.

1° La perforation est une trouvaille, soit au cours d'une intervention pour péritonite, soit au cours d'une laparotomie simplement exploratrice, notre attitude différera selon les circonstances :

a) Les contours de la lésion présentent-ils un aspect favorable ? Nous nous contenterons d'une cœliotomie double qui, détournant cette énorme voie d'absorption constituée par la vaste séreuse, nous permettra d'isoler la lésion, de la condamner à la quarantaine.

b) Avons-nous affaire à une grande perforation, aux bords nettement infectés, gangrenés, il sera avantageux, en pareille circonstance, de pratiquer l'hystérectomie.

2° Au cours de l'exploration digitale intra-utérine qui doit être la règle dans les avortements suspects,

l'index s'est-il heurté à une lésion insolite; au cours du traitement le cathéter doucement conduit, s'est-il enfoui profondément, avalé jusqu'au manche, l'eau de l'injection sous faible pression n'est-elle point revenue, ces divers signes révélateurs isolés ou réunis, confirmés ou non par l'anamnèse d'une douleur syncopale, par des aveux significatifs, nous ont-ils convaincus de l'existence d'une perforation utérine, nous pratiquerons aussitôt la laparotomie et nous agirons comme dans la première alternative.

Mais nous nous abstiendrons de recourir d'emblée à cette opération qui prétend être rapide et peu shokante, bien drainer, éviter au péritoine tout danger d'inoculation, qui est *l'hystérectomie vaginale*. Cette intervention, par voie basse, nous paraît posséder le très grand défaut d'être aveugle.

a) On enlèvera inutilement des utérus qui, pour la facilité de l'exécution opératoire et pour l'intégrité de la malade, peuvent être conservés.

b) On laissera passer inaperçues des lésions abdominales dont la coexistence n'est pas une rareté dans l'avortement criminel, si l'on n'en crée pas de nouvelles par des déchirures forcément brutales d'adhérences.

III. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement général s'inspirant surtout de la notion de résistance du terrain, se proposera comme but :

1° *De provoquer la stimulation des divers appareils* par l'usage des excitants nerveux cardiaques, diurétiques, concurremment avec l'emploi des médications symptomatiques ;

2° *D'augmenter la puissance défensive de l'organisme :*

a) Soit en favorisant la leucocytose grâce à l'usage des substances chimiotactiques telles que le sérum de cheval (pansements utérins), essence térébenthine (abcès de fixation), dont on peut compter quelques bons résultats ;

b) Soit en introduisant dans l'économie des substances empêchantes, microbicides :

α) Non spécifiques, tels que l'argent colloïdal dont un travail clinique a été présenté par M. Paul Delbet, MM. Bonnaire et Jeannin, qui, employé à doses suffisantes, est susceptible d'enrayer un processus septique. Outre qu'il produit de l'hyperleucocytose, cet agent métallique diffusant rapidement dans les paren-

chymes, exerce une action bactéricide et surtout antitoxique grâce à ses propriétés physiques, fixant les toxines par adsorption, les précipitant par action électrique, les détruisant par catalyse ;

β) Spécifiques, principe de la sérothérapie appliquée par Marmoreck à l'infection puerpérale. Malheureusement, il faut bien le dire, le sérum antistreptococcique a déçu ceux-là mêmes qui avaient fondé sur lui les plus grandes espérances dans une période d'engouement. En effet, en dehors des cas restreints cités de ci, de là, où l'on ne sait démêler ce qui revient le plus au traitement général ou bien au traitement local, son efficacité peut être tenue souvent comme discutable. Néanmoins, faute de mieux, nous le mettrons à contribution : d'abord parce qu'il a paru dans certains cas nous donner quelque satisfaction, ensuite, ne serait-ce que pour ne point discréditer la méthode en général, qui nous fournira, nous en avons le ferme espoir, la clef du problème thérapeutique. Prenant comme point de départ une pathogénie moins uniciste, les recherches de l'avenir n'auraient-elles pas avantage à être aiguillées dans la voie des sérums polyvalents, qui s'appliqueraient peut-être plus efficacement à la diversité des germes en cause ?

En attendant, nous possédons une bonne méthode de traitement des infections puerpérales abortives : le *traitement local* basé logiquement sur l'asepsie et l'antisepsie, dont les succès sont en raison de la précocité : il ne dépend que de nous de l'employer opportunément.

CONCLUSIONS

1° Rupture prématurée des membranes, mort du fœtus, hémorragie et surtout rétention pour l'avortement spontané ; concurremment, les traumatismes, les perforations, la septicité pour l'avortement criminel, tels sont les divers caractères de l'avortement ;

2° Ces divers caractères, le puerperium, sont autant de conditions propres à exalter la virulence de la flore microbienne du tractus génital, ou bien à favoriser la pullulation des germes septiques importés, d'où résultent des infections polymicrobiennes dans le plus grand nombre des cas ;

3° Les infections abortives peuvent atteindre tous les degrés, depuis l'endométrite localisée où l'état général est peu atteint, jusqu'à la septicémie foudroyante où les signes locaux font défaut. Les divisions cliniques étant forcément schématisées, c'est au clinicien expérimenté de démêler ce complexe symptomatique, prêt à recourir, dans le doute, à l'exploration chirurgicale ;

4° Le traitement local basé sur les notions étiologiques doit être prophylactique et toujours précoce s'il y a infection.

Si l'avortement est spontané, le curage et le curettage accompagnés d'écouvillonnage et de lavage suffiront la plupart du temps; en cas d'échec, mieux vaut s'abstenir de l'hystérectomie aléatoire.

Dans l'avortement criminel, il convient de songer à la perforation et à la péritonite dans lesquelles il faut être sobre d'exérèse et où un bon drainage par cœliotomie abdomino-vaginale suffit dans bien des cas.

Le traitement général doit avoir comme point de départ la notion de résistance de l'organisme. La sérothérapie est la thérapeutique de l'avenir, à condition de s'inspirer d'une pathogénie moins uniciste.

Vu : le Président de la thèse,
LEGUEU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achalme. — Considérations pathogéniques sur l'érysipèle.

Arthur von Magnus. — Ueber eine puerperale Staphylokokken pyämie (Centralblatt für Gynäk., 1907, n° 27).

Bar. — Pratique de l'art des Accouchements.

Bensis. — Thèse de Paris, 1900.

Bonnaire et Jeannin. — Collargol dans l'infection puerpérale (l'Obst., 1908).

Boquel. — Traitement des péritonites aiguës puerpérales (l'Obst., 1912).

Bosc. — Gazette médicale du Centre. Tours, 1908.

Brindeau. — Cultures bacilles lactiques dans l'infection puerpérale (l'Obst., 1912).

Brion. — Étude critique de 530 cas d'avortements. Thèse de Paris, 1893.

Brouardel. — L'Avortement.

Bouchet (du). — Thèse de Paris, 1897.

Burger. — Häufigkeit und Gebräuliche Methoden des Kriminellen Abortus Friedreichs Bl. f. Gerichtl. Med. Nürnb., 1906, LXI.

Cathala et Guéniot. — Valeur de l'ensemencement du sang dans le pronostic de l'infection puerpérale (l'Obst., 1910).

Chaleix-Vivié et Audebert. — Traitement de l'avortement.

Chevassu. — Rupture d'un abcès salpingien au cours de manœuvres abortives (Bull. et Mém. Soc. anatom., 1910).

Christeanu. — Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale, 1904, p. 647.

Delbet (Paul). — Collargol dans les septicémies (Paris chirurgical, 1909).

Dervaux. — Gravité des avortements en province (Bull. Soc. Obst. Paris, 1910, XIII).

Doléris. — Nouvelles archives d'Obst., 1886 (Annales de Gyn., 1905).

Draghiescu. — Centralb. f. Gynäk., 6 oct. 1900.

Fabre et Bonnet. — Moyen de déterminer la virulence des streptocoques (Bull. Soc. Obst. Paris, 1910, XIII).

Fieux. — Ann. Gyn. et Obst., 1910, p. 385.

Fromme. — Klinische und Bakter. Studien zùm Puerperalfieber (Archiv. f. Gynäk., 1908, p. 154).

Fruhinholtz. — Rôle du gonoc. au cours de la puerpéralité. Thèse de Nancy, 1902.

Goilot. — De l'insécurité du curettage.

Gonnet. — Streptoc. pyogène et infect. puerpér. (l'Obst., janvier 1907).

Guéniot. — Le Placenta, milieu de culture (l'Obst., 1908).

Guillemot. — Recherches sur la gangrène pulm. Thèse de Paris, 1899.

Guirauden. — A propos de l'avortement criminel (Bull. Soc. Obst. Paris, 1910, XIII).

Hallé. — Thèse de Paris, 1898.

Heinech (A.-P.). — Perforating wounds of the Uterus inflicted during the course of intra-uterine instrumentation (Chicago M. Times, 1909, XLIII, 150).

Holmes. — The Methods of the professional abortionist (Surg. Gyn. et Obst. Chicago, 1910, 542).

Jeannin. — Traitement des péritonites puerpérales. Paris, 1906.

— Pathogénie des infect. puerp. putrides. Thèse de Paris, 1902.

Lacassagne. — Précis de médecine légale.

Lemierre. — Ensemen cement du sang. Thèse de Paris, 1904.

Lenhartz. — Die Septischen Kraukungen.

MARQUIS. — Staphylococcies et colibacilloses puerp. (Ann. Gyn. Obst., 1908, p. 207).

MAYGRIER. — Pronostic et traitement de l'avort. criminel (Ann. de la Soc. Obst. de France, 1902).

MENGE. — Bakteriologie des Genital Kanals. Leipzig, 1897.

METZGER. — Streptocoque hémolytique (Presse médicale, 1911).

MORLET. — Perforations utérines. Thèse de Paris, 1905.

OLSHAUSEN. — Bemerkungen zùr Indikation der Abrasio mucosæ (Zent. f Gyn., 238, 1910).

OTTO BURKARDT. — Puerperal Infektion mit Pneumoc. Frænkel (Beitr zùr Gebùrts hilfe ùnd Gynäk, 1901).

PICQUÉ et TISSIER. — Bull. Soc. Obst. Thèse de Paris, 1902.

PIK. — Beitrage zùm Kapitel der Perforationen des graviden Uterus (Gynäk. Rùndschau Berlin und Wien, 1909, III, 772).

PINARD. — Compte rendu du XIII[e] Congrès international de Madrid.

PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale.

QUINONES. — Resultados con los diversos metodos del tratamiento infeccion puerperal (Arch. de Gin. Barcelona, 1910, XXIII).

TORNÉ. — Diagnostic clinique des avortements criminels. Thèse de Paris, 1909.

TUFFIER. — Compte rendu du Congrès de Gyn. et d'Obst. Rome, 1902.

SCHOTTMULLER. — Streptokokken Aborte ùnd ihre Behandlùng (Münchener mediz. Wochensch., 1911, n[os] 39, 40, 41).

SCHWETZ. — Pyémie puerp. staphyloc. (Ann. Gyn., 1905).

ZANGEMEISTER. — Die Hämolyse der Streptokokken (Deut. Med. Wochensch., 1909, n° 10).

— Streptokokken Infektion ùnd Leucocytose (Monat. f. Gebùrtsh. Gynäk., janvier 1910).

WIDAL et LEMIERRE. — Gazette des hôpitaux, juillet 1904.

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et C[ie], 15, rue Racine, Paris — 1893-13